



BUNDESSOZIALAMT

An das
Bundessozialamt
Landesstelle Oberösterreich
Gruberstraße 63
4021 Linz

Eingangsstempel

Betrifft: Ansuchen auf Gewährung eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b des Bundespflegegeldgesetzes (selbständige Erwerbstätigkeit)

Daten der pflegebedürftigen Person

Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
Kontaktperson:		Telefonnummer:

Daten des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

Nur auszufüllen, wenn der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person ist.

Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
E-Mail:		
Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person		
gesetzliche/r Vertreter/in oder Sachwalter/in:		<input type="checkbox"/> ja, seit
Vertretungsbevollmächtigte/r		<input type="checkbox"/> ja



Daten der Betreuungskraft 1:

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Registerzahl/Ausstellungszahl der Gewerbeberechtigung:	
Beginn des Betreuungsverhältnisses:		
Qualifikation: (Nachweise in Kopie anschließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Daten der Betreuungskraft 2:

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Registerzahl/Ausstellungszahl der Gewerbeberechtigung:	
Beginn des Betreuungsverhältnisses:		
Qualifikation: (Nachweise in Kopie anschließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Die pflegebedürftige Person bezieht ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz
in Höhe der Stufe

3 4 5 6 7

Bezieht die pflegebedürftige Person ein Pflegegeld der Stufen 3 oder 4, ist zur
Feststellung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung ein durch den
behandelnden (Fach-)Arzt / die behandelnde (Fach-)Ärztin ausgestellter Befundbericht
vorzulegen.

Einkommen der pflegebedürftigen Person

Das monatliche Netto-Einkommen beträgt: €

(Als Einkommen gilt grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. **Nicht** zum Einkommen zählen Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen auf Grund bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften, Sonderzahlungen, Grundrenten nach den Sozialentschädigungsgesetzen, Versehrtenrenten oder vergleichbare Leistungen, Familienbeihilfen, Studienbeihilfen, Wohnbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld, Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen, Familienförderungen nach landesgesetzlichen Vorschriften. Einkommensgrenze: **€2.500** netto monatlich)

Sorgepflichten der pflegebedürftigen Person für unterhaltsberechtignte Angehörige

nein ja

wenn ja, Anzahl und Verwandtschaftsverhältnis:

(Die Einkommensgrenze - **€2.500** netto monatlich für die Bewilligung einer Zuwendung erhöht sich je unterhaltsberechtigtem Angehörigen um €400 bei einem behinderten unterhaltsberechtigten Angehörigen um €600,-).

Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. Land) eine gleichartige Förderung zur 24-Stunden-Betreuung beantragt oder zuerkannt?

nein

ja ab/seit _____ in Höhe von mtl.

von (Behörde, zuerkennende Stelle)

Die Anweisung des Zuschusses möge auf folgendes Konto erfolgen:
(siehe beiliegende Kontoerklärung)

bei (Bankinstitut):

lautend auf (KontoinhaberIn):

BIC:

IBAN:

Informationen zu BIC und IBAN finden Sie auf den Belegen Ihres Bankinstitutes

Ich verfüge über kein Konto und ersuche um Baranweisung des Zuschusses

Voraussetzungen und Erklärungen

- 1) Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass
 - a) eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird und
 - b) auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht.
- 2) Ich **verpflichte** mich, die Zuwendung zurückzuzahlen, wenn
 - a) ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe,
 - b) die Zuwendung widmungswidrig verwendet wurde oder
 - c) die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitelt wird.
- 3) Ich **verpflichte** mich, jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung zu ermöglichen und alle Umstände, die Auswirkungen auf die Zuwendung haben könnten, unverzüglich zu melden.
- 4) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und **erkläre** weiters, dass
 - a) eine Betreuung im Sinne des § 1 Abs. 1 Hausbetreuungsgesetz vorliegt,
 - b) auf Grund der selbständigen Erwerbstätigkeit der Betreuungsperson eine Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG mit einer monatlichen Beitragsgrundlage von mindestens € 537,78 besteht und die Einsatzzeit der Betreuungskraft mindestens 48 Stunden pro Woche beträgt,
 - c) **im Falle der Beschäftigung von 2 Betreuungskräften** für den Zuwendungszeitraum keine begünstigte sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger im Sinne der §§ 77 Abs. 9 ASVG; 33 Abs. 10 GSVG oder 28 Abs. 7 BSVG in Anspruch genommen wird.
- 5) Sofern kein Ausbildungsnachweis oder eine fachspezifische Ermächtigung zu pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeiten der Betreuungskraft / der Betreuungskräfte vorliegt, ersuche ich um Gewährung der Förderung als Vorschuss.
Ich erkläre mich bereit, einen Hausbesuch durch eine diplomierte Fachkraft innerhalb der nächsten Monate durchführen zu lassen.
- 6) Ich ermächtige das Bundessozialamt, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.

(Ort und Datum)

Unterschrift der pflegebedürftigen Person
des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Ist der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

(Ort und Datum)

Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

- 7) Ich bin damit einverstanden, dass das Bundessozialamt den Trägern der Sozialhilfe die unbedingt notwendigen Daten (Name, Adresse, Versicherungsnummer, Telefonnummer) zum Zweck einer möglichst ökonomischen Verwaltungsabwicklung sowie im Hinblick auf die finanzielle Abrechnung übermittelt.

(Ort und Datum)

Unterschrift der pflegebedürftigen Person
des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Ist der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

(Ort und Datum)

Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

Folgende Unterlagen sind dem Antrag **in Kopie** anzuschließen bzw. nachzureichen:

- letzter rechtskräftiger Bescheid / letztes Urteil über den Pflegegeldbezug
- Nachweis über das Einkommen der pflegebedürftigen Person
- bei Bezug eines Pflegegeldes der Stufen 3 und 4: Befundbericht durch den behandelnden (Fach-)Arzt / die behandelnde (Fach-)Ärztin
- Nachweise über allfällige Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person
- österreichischer Meldezettel der Betreuungsperson(en)
- Gewerbeschein oder Gewerberegisterauszug der Betreuungspersonen
- Bestätigung der Anmeldung der Betreuungsperson(en) beim Sozialversicherungsträger (Pflichtversicherung = Vollversicherung auf Grund eines Gewerbescheines gemäß § 2 Abs.1 Z 1 GSVG und keine Ausnahme gemäß § 4 Abs. 1 Z 7 GSVG beantragt)
oder
- bei einer Betreuungskraft aus einem anderen EU-Mitgliedstaat ein Nachweis über die
 - Sozialversicherung in diesem EU-Staat (insbesondere Formular A 1 / E 101)
 - Einsatzzeit der Betreuungskraft von mindestens 48 Stunden pro Woche
- zutreffendenfalls Ausbildungsnachweis oder fachspezifische Ermächtigung der Betreuungsperson(en) durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal
- zutreffendenfalls ein Nachweis über die Bestellung zum Sachwalter / zur Sachwalterin für die pflegebedürftige Person
- zutreffendenfalls eine Vertretungsvollmacht (= Vertretungsbefugnis vom Notar oder Vorsorgevollmacht)
- zutreffendenfalls Kontoerklärung

Erklärung der selbständigen Betreuungskraft 1:

Hiermit erkläre ich,

.....
(Name der Betreuungskraft)

.....
(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

- bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG pflichtversichert zu sein
- bei einem sonstigen Sozialversicherungsträger versichert zu sein
Bezeichnung des Versicherungsträgers

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Bundessozialamt die für die Erledigung des Ansuchens und die zur Überprüfung der Fördervoraussetzungen unerlässlichen Daten einholt und an die Sozialversicherungsträger übermittelt.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Betreuungskraft)

Erklärung der selbständigen Betreuungskraft 2:

Hiermit erkläre ich,

.....
(Name der Betreuungskraft)

.....
(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

- bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG pflichtversichert zu sein
- bei einem sonstigen Sozialversicherungsträger versichert zu sein
Bezeichnung des Versicherungsträgers

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Bundessozialamt die für die Erledigung des Ansuchens und die zur Überprüfung der Fördervoraussetzungen unerlässlichen Daten einholt und an die Sozialversicherungsträger übermittelt.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Betreuungskraft)

Antragstellung

Ansuchen auf Gewährung eines Zuschusses sind nach Möglichkeit **vor** Beginn des Betreuungsverhältnisses bzw. **in zeitlicher Nähe** zur Begründung desselben einzubringen.

Ein Antrag ist dann noch in zeitlicher Nähe zum Beginn des Betreuungsverhältnisses eingebracht, wenn er spätestens in dem Monat einlangt, der auf den Beginn des Betreuungsverhältnisses folgt.

Bei später einlangenden Anträgen ist eine Förderung frühestens mit Beginn des Monats vor der Antragstellung möglich.

Bitte übermitteln Sie Ihren Antrag an die in Ihrem Bundesland eingerichtete Landesstelle des Bundessozialamtes:

Landesstelle Burgenland

Hauptstraße 33a
7000 Eisenstadt
Tel.: 02682/64046

Landesstelle Steiermark

Babenbergerstraße 35
8021 Graz
Tel.: 0316/7090

Landesstelle Kärnten

Kumpfgasse 23 – 25
9020 Klagenfurt
Tel.: 0463/5864

Landesstelle Tirol

Herzog Friedrichstraße 3
6010 Innsbruck
Tel.: 0512/563101

Landesstelle Niederösterreich

Standort Wien
Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel.: 01/588 31

Landesstelle Vorarlberg

Rheinstraße 32/3
6900 Bregenz
Tel.: 05574/6838

Landesstelle Oberösterreich

Gruberstraße 63
4021 Linz
Tel.: 0732/7604

Landesstelle Wien

Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel.: 01/588 31

Landesstelle Salzburg

Auerspergstraße 67a
5020 Salzburg
Tel.: 0662/88983

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der Rufnummer **05 99 88 (österreichweit zum Ortstarif)** zur Verfügung.

www.bundessozialamt.gv.at

24 Stunden-Betreuung	Pflegegeldbezieher:
	Versicherungsnummer:

An das
 BUNDESAMT FÜR SOZIALES UND BEHINDERTENWESEN
 Landesstelle Oberösterreich
 Gruberstrasse 63
 4021 Linz

Betreff: Überweisung der Förderung auf ein Girokonto.

Daten des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin	
Name	
SVNR / Geb.Datum	
Anschrift	
Kreditinstitut	
Bankleitzahl	
BIC *	
Girokonto-Nr.	
IBAN *	

* Die Angabe von BIC und IBAN ist für eine rasche Verarbeitung der Kontodaten unbedingt erforderlich

Ich beantrage hiermit, die mir vom Bundessozialamt gewährte Förderung bis auf weiteres auf das oben angeführte Konto zu überweisen.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass im Falle meines Ablebens alle diesem Konto nach dem Todestage gutgebrachten Geldleistungen des Bundessozialamtes auf das Postscheckkonto des Unterstützungsfonds rücküberwiesen werden.

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift des Kontoinhabers bzw.
 Zeichnungsberechtigten)

Wir erklären ausdrücklich unser Einverständnis, im Falle des Ablebens des Kontoinhabers alle diesem Konto nach dem Todestage gutgebrachten Geldleistungen aus dem Unterstützungsfonds auf das Postscheckkonto des Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung Nr. 6000949 rückzuüberweisen. Wir nehmen zur Kenntnis, dass derartige Beträge **kein in den Nachlass fallendes Guthaben** darstellen.

 (Ort, Datum)

 (Stempel und Unterschriften
 der Kreditunternehmung)